

ального обеспечения, образования, законодательства, трудоустройства – и это лишь несколько из них. Поэтому особенно странно отмечать в программах стран Содружества полное отсутствие акцента на межведомственном взаимодействии.

Мы также не можем не отметить свое удивление тому, что только половина стран в своей программе отразили необходимость в интеграции психиатрического звена с соматическим, деинституционализации, профилактики психических расстройств и реабилитации. Не меньше расстраивает отсутствие акцента на улучшении качества услуг психиатрических служб в программах половины стран, потому что такое положение дел позволяет услугам низкого качества продолжать существовать и сохранять плохие показатели в этой сфере.

Лишь половина стран упоминали в своих программах необходимость в исследовании и оценке стратегий и услуг, что указывает на общее отсутствие интереса к развитию программ по психическому здоровью. Отсутствие систематического анализа текущей политики развития может привести к продолжению оказания неэффективных услуг и невозможности достижения поставленных стратегических целей.

В заключение, результаты нашего исследования указывают на то, что все еще есть возможность обеспечить равенство между соматической и психиатрической сферами медицины, а также между странами Содружества. Наличие неформальных взаимодействий указывает на прочность отношений между этими странами, и поэтому, возможно, страны с более высоким уровнем доходов должны взять на себя курирование и поддержку стран с низким

доходом, с целью обеспечить такую программу по психическому здоровью, в которой наши пациенты нуждаются, которую заслуживают и которая будет реализована.

**Dinesh Bhugra<sup>1</sup>, Soumitra Pathare<sup>2</sup>, Rajlaxmi Joshi<sup>2</sup>, Antonio Ventriglio<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK; <sup>2</sup>Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society, Pune, Maharashtra, India; <sup>3</sup>University of Foggia, Foggia, Italy

Исследование было профинансировано Всемирной психиатрической ассоциацией, когда D. Bhugra был ее президентом.

Перевод: Пальчикова Е.И. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)  
(World Psychiatry 2018;17(1):112-113)

#### Библиография

1. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L et al. PLoS One 2015;10:e0116820.
2. World Health Organization. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
3. World Health Organization. Mental health atlas 2014. Geneva: World Health Organization, 2015.
4. World Health Organization. WHO MiNDbank. [http://www.who.int/mental\\_health/mindbank/en/](http://www.who.int/mental_health/mindbank/en/)
5. World Health Organization. The WHO mental health policy and service guidance package. [http://www.who.int/mental\\_health/policy/essential-package1/en/](http://www.who.int/mental_health/policy/essential-package1/en/)

DOI:10.1002/wps.20502

## Вероятность ответа на терапию антидепрессантами: что мы должны сказать пациенту?

Способность правильно общаться с пациентами – одна из важнейших компетенций психиатра. «Я бы хотел назначить Вам такой-то антидепрессант против Вашей депрессии. Согласно имеющимся данным, лекарство помогает одному из пяти пациентов вашего типа». И, согласно мета-анализам и Кокрейновским обзорам, это правда<sup>1,2</sup>. Число пациентов, нуждающихся в лечении (ПНЛ), рассматривается как наглядный и точно измеримый показатель, основанный на результатах рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) и мета-анализов, что легко воспринять и сообщить.

Тем не менее сообщить такую информацию было бы катастрофично для пациента. С другой стороны, насколько этично врачу умалчивать об этом, если он в курсе? Всемирная организация здравоохранения считает медико-санитарное просвещение «основообразующей детерминантой здоровья»<sup>3</sup>. В большинстве развитых стран всесторонне просвещать пациентов о предложенном лечении является обязанностью врача, и неспособность сделать это может повлечь за собой юридические последствия.

В последние десятилетия во многих странах права пациентов значительно укрепились и было юридически установлено, насколько детализированно пациент должен быть проинформирован. С этической точки зрения, уважение свобод и автономности пациента требует информированного согласия на каждую медицинскую процедуру. С другой стороны, принципы «благодеяния» и «не нанесения вреда» требуют от врачей выполнить то, что необходимо пациенту, и избегать того, что может иметь негативные последствия и не принесет пользы<sup>4</sup>.

Вселение надежды – это один из самых сильных инструментов в руках врача, особенно по отношению к депрессии, при которой ощущение безысходности и безнадежности – ключевой симптом<sup>5</sup>. Роль неспецифических факторов в терапии депрессии подтверждается высоким ответом на плацебо в клинических испытаниях препаратов. В среднем 36% пациентов, принимающих плацебо, достигли необходимого уровня ответа на терапию в испытаниях антидепрессантов начиная с 2000 года, в то время как соответствующий показатель у принимающих антидепрессант был 46%<sup>6</sup>. Исследования показывают, что эффект плацебо даже увеличился в течение прошлых десятилетий, возможно, из-за завышенных ожиданий врачей и пациентов по отношению к антидепрессантам<sup>6</sup>. Наоборот, более высокий шанс и ожидание получить плацебо в исследованиях снижали плацебо-эффект<sup>7</sup>. Следовательно, коммуникации с пациентом, как указано выше, которые уменьшают или даже преднамеренно подрывают ожидания, скорее всего, уменьшат вероятность хорошего результата и, следовательно, означают вред для пациента. Возникает этическая дилемма между обязанностью сообщить пациенту информацию перед тем, как получить информированное согласие и необходимостью обеспечить наилучшую доступную терапию, которая в этом случае включает в себя вселение надежды.

Помощь в решении этой дилеммы поступает «откуда не ждали» – из статистики. Основной вопрос состоит в том, действительно ли ПНЛ отражает, сколько пациентов ответили на конкретную терапию, а сколько – нет. Это предполагается самим термином и редко подвергается сомнению.

Однако недавно было выяснено, что из себя представляет ПНЛ<sup>7</sup>.

Валидный процент ответа на терапию доподлинно не известен, и его трудно установить. На самом деле для выявления реального процента ответа на терапию потребовалось бы повторное перекрестное исследование, чтобы устранить несколько расхождений. В недавнем исследовании было продемонстрировано, что даже у мышей ответ на СИОЗС зависит от окружающей обстановки<sup>8</sup>. В повседневной жизни средовым фактором и предиктором ответа на терапию является сама «система здравоохранения» и случайный «доктор»<sup>7</sup>. И это возвращает нас к первоначальному вопросу: работает ли антидепрессант в следующем эпизоде, зависит не только от результатов доступных РКИ, но и от обстоятельств, при которых происходит лечение, и даже от того, что сам врач говорит или делает?

РКИ проводятся при определенных условиях, в которых контрольная группа получает значительное психологическое внимание и поддержку от исследователей. Это в общих чертах объясняет небольшой разрыв в эффектах антидепрессанта и плацебо в таких исследованиях. ПНЛ – абстрактная единица, основанная на расплывчатых дихотомических понятиях «ответ на терапию» или «восстановление» и вычисленная из различий между ответом на терапию и на плацебо в испытаниях, проведенных в искусственных условиях. Даже если предположить, что все пациенты получают пользу от определенной терапии в одинаковой степени, некоторые из них достигнут определенного порога «ответа» или «восстановления», а другие нет, в зависимости от эффективности терапевтического вмешательства и изначального состояния пациента. Это существенно отличается от вмешательств с дихотомическими исходами, например, смерть и восстановление. Для состояний дименсионального характера, которыми являются большинство психических расстройств, показатель ремиссии не указывает на индивидуальную пользу.

Поэтому ПНЛ – по большей части статистическая единица, которая наглядно, в общем и целом, показывает, насколько вмешательство эффективно или насколько одно вмешательство эффективнее другого. Но ПНЛ ни в коем случае не отражает вероятность эффективности для каждого отдельного случая. Таким образом, ответ на вопрос ясен: никогда не апеллируйте к ПНЛ или уровню ответа на лечение, объясняя пациенту риски и возможности предложенной терапии.

### Tilman Steinert

Department of Psychiatry and Psychotherapy, Ulm University, Ulm; Centers for Psychiatry Suedwuerttemberg, Ravensburg, Baden-Wuerttemberg, Germany

Перевод: Пальчикова Е.И. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)

(World Psychiatry 2018;17(1):114-115)

### Библиография

1. Gregory A, Mallikarjun P, Uptegrove R. Br J Psychiatry 2017;211:192-204.
2. Wilkinson P, Izmeth Z. Cochrane Database Syst Rev 2016;9:CD006727.
3. World Health Organization. The right to health. Geneva: World Health Organization, 2008.
4. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press, 2008.
5. Cuijpers P, de Beurs DP, van Spijker BA et al. J Affect Disord 2013;144:183-90.
6. Khan A, Mar KF, Faucett J et al. World Psychiatry 2017;16:181-92.
7. Senn S. Stat Med 2016;35:966-77.
8. Alboni S, van Dijk RM, Poggini S et al. Mol Psychiatry 2017;22:552-61.

DOI:10.1002/wps.20511